

高浜市肺検診票

※太枠内をご記入ください。

住所

高浜市

町

丁目

番地

()

氏名

様 (男・女)

生年月日

大正・昭和

年

月

日

(歳)

電話番号

-

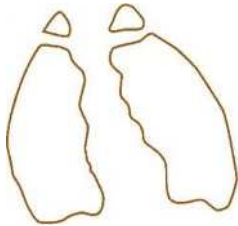
-

宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

※問診 あてはまるものに○をつけて下さい

問診	1) 今までに肺検診を受けたことがありますか。 なし あり ・レントゲン検査 前回()年前 その時の結果() ・細胞診検査 前回()年前 その時の結果() ・その他の方法 () 前回()年前 その時の結果()	4) つぎのような自覚症状がありますか。 ・特になし ・咳 ・痰 ・胸痛 ・その他 () 5) 6 カ月以内に痰に血のようなものがまじったことがありますか。 なし・あり 6) 嗜好 (タバコを吸いますか) 1. 吸わない 2. 吸う (以前に吸っていたのも含む) 1 日 本、 歳から 歳まで、 年間 7) 過去の職歴 (歳から 歳まで) 放射線・溶接・ガラス製造・石綿・鉱山・鋳物 陶器・コールタール・ピッチ・ニッケル・クロム その他 ()
	2) 今までに次の病気をしたことがありますか。 ・特になし ・肺結核 ・慢性気管支炎 ・その他の結核 ・肺炎 ・喘息 ・その他呼吸器病気	
	3) あなたと血のつながりがある方で、がんにかかった方がいますか。 なし・あり (病名)	

B1 指数	
血痰	

胸部 X 線検査結果				判定医師	
比較読影	二重読影	総合判定			
a	A	読影不能にて要再撮影	A	 フィルム No 所見 心胸郭比 %	
b	B	異常なし	B		
c	C	所見あるが精査要せず	C		
d1	D1	「活動性肺結核」治療を要する結核を疑う	D1		
d2	D2	「活動性非結核性肺病変」肺炎、気胸など治療を要する状態を疑う	D2		
d3	D3	「循環器疾患」大動脈瘤など心大血管異常で治療を要する状態を疑う	D3		
d4	D4	「その他」縦隔腫瘍、胸壁腫瘍、胸膜腫瘍など治療を要する状態を疑う	D4		
e1	E1	肺がんの疑いを否定し得ない	E1		
e2	E2	肺がんを強く疑う	E2		

喀痰所見

総合判定	喀痰中に細胞球を認めない	A	判定医師	
・異常なし ・要観察 ・要精密検査	正常上皮細胞のみ 基底細胞増性 軽度異型扁平上皮細胞 絨毛円柱上皮細胞	B		
	中等度異型扁平上皮細胞 核の増大や濃染を伴う円柱上皮細胞	C		
	高度異型扁平上皮細胞または悪性腫瘍の疑いのある細胞を認める	D		
	悪性腫瘍細胞を認める	E		
	特記事項			

電 算 入 力	
------------------	--

Phiếu kiểm tra phôi thành phố Takahama

※ Vui lòng điền thông tin vào khung in đậm

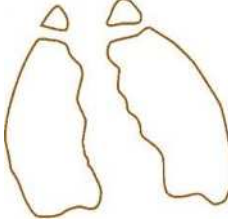
宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

[illegible]

✱Khám sàng lọc: Vui lòng khoan tròn vào mục phù hợp.

Phiếu hỏi bệnh	
1) Trước đây, bạn đã từng kiểm tra phổi chưa? Không Có • Kiểm tra X-quang: Lần gần nhất () năm trước Kết quả khi đó() • Xét nghiệm tế bào: Lần gần nhất () năm trước Kết quả khi đó() • Phương pháp khác () Lần gần nhất () năm trước Kết quả khi đó() 2) Trước đây, bạn đã từng mắc các bệnh sau đây chưa? • Không có đặc biệt • Bệnh lao phổi • Viêm phế quản mạn tính • Các loại lao khác • Viêm phổi • Hen suyễn • Các bệnh về đường hô hấp khác 3) Trong gia đình bạn có ai mắc bệnh ung thư không? Không • Có (Tên bệnh: • Mối quan hệ:	4) Bạn có triệu chứng tự nhận biết nào sau đây không? • Không có đặc biệt • Ho • Đờm • Đau ngực • Khác() 5) Trong vòng 6 tháng qua, bạn có từng thấy máu hoặc vật giống máu lẫn trong đờm không? Không • Có 6) Thói quen (Bạn có hút thuốc lá không?) 1.Không hút 2.Có hút (bao gồm cả trước đây đã từng hút) Số lượng: điếu/ngày, Từ năm tuổi đến năm tuổi, Trong năm 7) Tiền sử nghề nghiệp (Từ tuổi đến tuổi) Phóng xạ • Hàn xì • Sản xuất thủy tinh • Amiăng • Khai thác mỏ • Đúc khuôn Đồ gốm • Nhựa than đá • Hắc ín (pitch) • Niken • Crom Khác ()

	Chỉ số B1	
	Đờm máu	

Kết quả kiểm tra X-quang ngực				Bác sĩ đánh giá
Đọc hình so sánh	Đọc hình hai lần	Đánh giá tổng hợp		
a	A	Không thể đọc hình, cần chụp lại	A	 Số phim Phát hiện Tỷ lệ tim-lồng ngực %
b	B	Không có bất thường	B	
c	C	Có phát hiện nhưng không cần kiểm tra thêm	C	
d1	D1	Nghi ngờ lao phổi hoạt động, cần điều trị	D1	
d2	D2	Nghi ngờ tổn thương phổi không phải lao hoạt động, nghi ngờ viêm phổi, tràn khí màng phổi, cần điều trị	D2	
d3	D3	Nghi ngờ bệnh lý tim mạch, cần điều trị tình trạng bất thường về động mạch chủ hoặc bệnh tim mạch lớn	D3	
d4	D4	Nghi ngờ u trung thất, u thành ngực, u màng phổi, cần điều trị	D4	
e1	E1	Không thể loại trừ nghi ngờ ung thư phổi	E1	
e2	E2	Nghi ngờ mạnh ung thư phổi	E2	

Phát hiện từ đờm

Đánh giá tổng hợp	Không phát hiện cầu tế bào trong đờm	A	Bác sĩ chẩn đoán	
• Không có bất thường • Cần theo dõi • Cần kiểm tra chi tiết	Chỉ có tế bào biểu mô bình thường	B	Lưu ý đặc biệt	
	Tăng sinh tế bào đáy			
	Tế bào biểu mô vảy biến dị nhẹ	C		
	Tế bào biểu mô trụ nhúng mao			
	Tế bào biểu mô vảy biến dị vừa			
	Tế bào biểu mô trụ có sự phóng đại và nhuộm đậm	D		
	Phát hiện tế bào biểu mô vảy biến dị nặng hoặc tế bào nghi ngờ ung thư ác tính	E		
	Phát hiện tế bào ung thư ác tính			

電 算 入 力	
------------------	--

肺検診結果通知書

住 所 高浜市 町 丁目 番地
()
氏 名 _____ 様 (男・女)
生年月日 大正・昭和 年 月 日 (歳)
電話番号 - -

宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

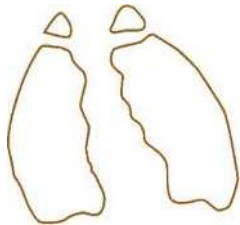
肺検診の結果は、次のとおりでしたのでお知らせします。

異常なし…今回の検診では、異常所見は認められません。がんは早期のうちには自覚症状がないものが多いので、症状がなくても年1回は検診を受けられるようおすすめします。

要観察…いまのところ特別な検査や治療をする必要はありませんが、健康状態に変化があれば医療機関で精密検査を受けてください。

要精密検査…異常所見が見られますので、この通知書と健康保険証・返信用封筒をお持ちのうえ、医療機関で精密検査を受けてください。

高浜市健康推進グループ
高浜市春日町五丁目 165 番地
TEL (0566) 95-9558

胸部 X 線検査結果		判定医師	
読影不能にて要再撮影	A		フィルム No
異常なし	B		
所見があるが精査要せず	C		
要精密検査	D1		
	D2		
	D3		
	D4		
	E1		心胸郭比 %
	E2	所見	

喀痰所見				
総合判定	材料不適、要検査	A	判定医師	
・ 異常なし ・ 要観察 ・ 要精密検査	現在以上を認めない。次回定期検診	B	特記事項	
	程度に応じて 6 カ月以内の再検査追加検査	C		
	直ちに精密検査	D		
		E		

電 算 入 力	
------------------	--

Giấy thông báo kết quả kiểm tra phổi

Địa chỉ Takahamashi chou choume bannchi
()
Họ tên Ông(bà) (Nam • Nữ)
Ngày sinh T • S Năm tháng ngày (tuổi)
SDT -

宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

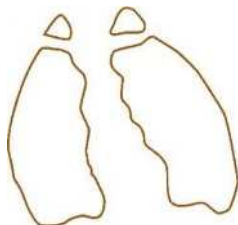
Kết quả kiểm tra phổi được thông báo như sau:

Không có bất thường: Trong lần kiểm tra này, không phát hiện bất kỳ dấu hiệu bất thường nào. Ung thư ở giai đoạn đầu thường không có triệu chứng, vì vậy dù không có triệu chứng, chúng tôi khuyên bạn nên đi kiểm tra sức khỏe định kỳ mỗi năm một lần.

Cần theo dõi: Hiện tại không cần kiểm tra hoặc điều trị đặc biệt, nhưng nếu có thay đổi về tình trạng sức khỏe, vui lòng đến cơ sở y tế để kiểm tra chi tiết.

Cần kiểm tra chi tiết: Phát hiện dấu hiệu bất thường, vui lòng mang theo giấy thông báo này cùng thẻ bảo hiểm y tế và phong bì trả lời để đi kiểm tra chi tiết tại cơ sở y tế.

Nhóm thúc đẩy sức khỏe thành phố Takahama
Số 165, Phố Kasugacho 5, Thành phố Takahama
TEL (0566) 95-9558

Kết quả kiểm tra X-quang ngực		Bác sĩ chẩn đoán	
Không thể đọc hình, cần chụp lại	A		Số phim
Không có bất thường	B		
Có phát hiện nhưng không cần kiểm tra thêm	C		
Cần kiểm tra chi tiết	D1		Tỷ lệ tim-lồng ngực %
	D2		
	D3		
	D4		
	E1		
	E2	Phát hiện	

Phát hiện từ đờm				
Đánh giá tổng hợp • Không có bất thường • Cần theo dõi • Cần kiểm tra chi tiết	Vật liệu không phù hợp, cần kiểm tra	A	Bác sĩ chẩn đoán	
	Không phát hiện bất thường hiện tại. Vui lòng kiểm tra định kỳ lần sau	B	Lưu ý đặc biệt	
	Tùy theo mức độ, cần kiểm tra lại hoặc kiểm tra bổ sung trong vòng 6 tháng	C		
	Cần kiểm tra chi tiết ngay lập tức	D		
		E		

電 算 入 力	
------------------	--

診療依頼書(兼精密検査結果報告書)

医療機関様

高浜市健康推進グループ
高浜市春日町五丁目 165 番地
TEL (0566) 95-9558

本状持参の方は、肺・結核検診の結果、精密検査が必要と思われますのでよろしくお願い申し上げます。つきましては、検診結果についてご教示いただきたくお手数ですが、下記の精密検査結果報告書にご記入のうえ、ご送付くださるようお願いいたします。

なお、ご送付の際には受診者持参の返信用封筒をご利用ください。

[illegible]

年 月 日 医療機関所在地

医療機関名

担当医師名